

Respuesta de la medicina de familia a la Declaración de Granada

El 24 de octubre de 2001 se celebró en la Facultad de Medicina de Granada el XV Congreso de la Sociedad Española de Educación Médica. La medicina de familia ha estado ausente de los congresos que realiza dicha sociedad científica durante muchos años. Sin embargo, en sus últimas ediciones ha comenzado a estar presente, y sobre todo a partir del congreso del año 1999 su presencia se ha ido consolidando. En este XV Congreso, la presencia de la medicina de familia ha sido más importante tanto en forma de ponentes en las mesas redondas donde se debatían temas de pregrado y de posgrado, como en la presentación de comunicaciones a las mesas y en el número de asistentes médicos de familia.

Si lo anterior es importante por el hecho de dar a conocer y consolidar la capacidad y potencialidad que la medicina de familia tiene en la docencia de la medicina, no lo es menos el hecho de que durante la celebración de dicho congreso se firmara un texto consensuado denominado «Declaración de Granada. Sobre estándares en la educación médica de pregrado»¹. Esta declaración debe ser un compromiso «a cumplir» por los organismos que la han firmado y «a exigir» por los servicios de salud y la sociedad receptora de esa buena o mala formación médica. Son numerosos los firmantes de esta declaración a quienes se podrá pedir cuentas de su cumplimiento. Por parte de las facultades de medicina, la han firmado la Conferencia Nacional de Decanos de Facultades de Medicina de España (CNDM), la Association of Medical Schools in Europe (AMSE), la Federación Panamericana de Facultades y Escuelas de Medicina (FEPAFEM) y la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH). Las sociedades científicas de educación médica que la firmaron fueron la Sociedad Española de Educación Médica (SEDEM), la Associació Catalana d'Educació Mèdica (ACEM), la Sociedad de Educación Médica de Euskadi (SEMDE), la Association for Medical Education in Europe (AMEE) y la Sociedad Argentina de Investigación y Desarrollo en Educación Médica (SAIDEM). Por los colegios de médicos suscribió su contenido la Organización Médica Colegial (OMC). Y finalmente, con una mayor incumbencia, por su propio carácter y compromiso social, las administraciones públicas de la máxima responsabilidad, caso del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

En esta Declaración de Granada, de manera genérica, se aboga por una reforma del pregrado en medicina que permita elevar la calidad de la enseñanza y redefinir el currículo potenciando los contenidos prácticos, fomentando la calidad de la docencia de las facultades de medicina. En definitiva, esta declaración propone: definir las competencias finales de los licenciados y apostar por dar un mayor protagonismo a los contenidos prácticos en la licenciatura; integrar la formación de pregrado con el posgrado; definir explícitamente las competencias finales que los alumnos habrán adquirido en el momento de graduarse (implantar sistemas de evaluación de resultados como instrumento de mejora; crear una comisión curricular que diseñe y planifique la docencia son algunos de esos objetivos); estructurar el currículo de manera rigurosa para conseguir una integración horizontal y vertical de las materias que lo componen; promover el contacto del alumnado con el paciente lo más pronto posible; definir una política de admisión de alumnos «relacionada con la capacidad docente de cada facultad y adaptada a las previsiones de las administraciones»; definir una política de incorporación de personal académico, etc. Sin embargo, el texto firmado por todos los citados, aunque debería suponer el compromiso de realizar una reforma en profundidad de las facultades de medicina españolas, en realidad sólo puede ser el primer paso de un proceso de reforma en la estructura organizativa y de los planes de estudios de las facultades. La mayor parte del documento presentado, así como sus objetivos, se basa en los estándares de calidad de la World Federation for Medical Education (WFME) que se presentó en Copenhague, en octubre de 1999, en forma de un documento sobre estándares internacionales para la educación médica de pregrado².

Esta adecuación a los estándares internacionales no puede ser ajena a la medicina de familia, ya que en la mayoría de los países firmantes de la declaración de la WFME la medicina de familia desempeña un importante papel en sus facultades de medicina en forma de departamento universitario.

Así, encontramos que en los contenidos de la Declaración de Granada se explicita de manera contundente su acuerdo en asumir las recomendaciones de la WFME por las cuales las facultades de medicina, entre diversos aspectos, se comprometen a:

– «Declarar pública y explícitamente su misión y objetivos institucionales desde su responsabilidad social; la declaración debe incluir metas científicas, integración con la comunidad y cohesión de la formación de pregrado con el posgrado y con la formación continuada.»

Desde este primer punto, la necesidad de incorporar la medicina de familia y comunitaria al pregrado se hace ostensible. En primer lugar, porque no existe otra manera de integrar la comunidad si no se hace desde la atención primaria por médicos de familia, y en segundo lugar porque, para que exista una cohesión del pregrado, posgrado y la formación continuada (FC), no se puede olvidar que más de la mitad de los médicos en el posgrado y en actividades de FC serán médicos de familia.

– «Identificar y definir explícitamente las competencias finales que sus alumnos habrán de haber adquirido en el momento de graduarse, teniendo en cuenta las necesidades sociales; como consecuencia, toda la actividad docente, la estructura académica y la asignación de medios se pondrán al servicio de esta meta.»

Las necesidades sociales de salud donde mejor se conocen es en, y desde, la atención primaria; desde aquí se tiene una inmejorable percepción de la prevalencia de los problemas de salud y cómo repercuten en las personas, las familias y la comunidad. En el hospital el contacto con pacientes sólo permite percibir un 10% de la realidad de la práctica de la medicina, porque sus actividades sólo cubren este porcentaje, y siendo un conocimiento muy importante como es el conocimiento de la enfermedad y sus aspectos biomédicos sus complicaciones, su gravedad e infrecuencia, no le facilitan al alumno una visión completa de la medicina.

– «Enseñar los principios de la medicina científica y la medicina basada en la evidencia, así como el pensamiento analítico y crítico durante todo el currículo. Así mismo, además de las contribuciones de las ciencias biomédicas básicas, las facultades deben incorporar en su currículo las contribuciones de las ciencias de la conducta y sociales, de ética médica y de economía de la salud que garanticen el comportamiento adecuado en el ejercicio de la práctica profesional y que propicien habilidades de comunicación, de toma de decisiones y de liderazgo e influencia social. La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad deberán constituir el hilo conductor de todo el currículo.»

La incorporación de contenidos tales como las ciencias de la conducta y sociales, de ética médica y de economía de la salud tienen una perspectiva principal desde la medicina de familia, que es la base del sistema de salud y donde estas disciplinas encuentran multitud de situaciones de aprendizaje. En el caso de las habilidades de comunicación, de toma de decisiones y de liderazgo e influencia social, es obvio decir que el entorno de la medicina de familia es mucho más adecuado para su aprendizaje que en una

planta de hospitalización. La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son igualmente pilares esenciales en la práctica diaria del médico de familia, donde el alumno entra en contacto directo con su aplicación en la realidad, cuestión ésta que muy pocas de las demás disciplinas pueden ofrecer a la facultad, y si lo hacen es de manera muy tangencial.

– «Estructurar el currículo rigurosamente alcanzando la integración horizontal y vertical de las materias que lo componen y promoviendo el contacto del alumnado con el paciente lo más pronto posible. Procurar conceder al alumnado la libertad de elaborar su propio bagaje de conocimientos mediante la oferta generosa y adecuadamente estructurada de materias opcionales. Utilizar técnicas docentes acordes con los objetivos que persigue el currículo y facilitadoras del aprendizaje de adultos. Diseñar métodos de evaluación del alumnado válidos y coherentes con los objetivos del currículo. Utilizar la evidencia disponible en investigación educativa médica y los datos de la evaluación basada en resultados para promover y desarrollar dinámica y continuamente los cambios y adaptaciones que correspondan.»

Indiscutiblemente, la disciplina que mejor integra tanto horizontal como verticalmente la mayoría de las materias es la medicina de familia y comunitaria. En la mayoría de las facultades de medicina donde esto se practica, el contacto precoz con el paciente, por motivos de accesibilidad, responsabilidad clínica y complejidad de la atención, se hace con médicos de familia en atención primaria. En cuestión de metodología docente y en el aprendizaje de adultos y de evaluación, la medicina de familia tiene una experiencia acumulada, en sus unidades docentes y en evaluación de competencias profesionales (ECOEF MIR), difícilmente alcanzables en otras disciplinas.

– «Las facultades y sus universidades deberían garantizar los recursos educativos suficientes para el desarrollo eficaz del currículo y para el bienestar del alumnado y del profesorado. Prestar especial atención a la disponibilidad de servicios sanitarios adecuados en calidad y cantidad y la de recursos metodológicos modernos para el aprendizaje clínico: pacientes simulados, laboratorio de habilidades, etc. Facilitar el aprendizaje mediante una política avanzada de aplicaciones tecnológicas para la información y la comunicación.»

En la actualidad la disponibilidad de servicios sanitarios en calidad y cantidad en atención primaria permite garantizar recursos educativos suficientes para asegurar el aprendizaje de los alumnos de medicina en esta área. La experiencia en pacientes simulados y la utilización de nuevas tecnologías de enseñanza y aprendizaje garantizan que la medicina de familia pueda ofrecer a las facultades de medicina profesorado cualificado. En los centros de salud también se ofrece la posibilidad de tutela del alumno con una relación

1:1, muy alejada de la relación que habitualmente vemos en las plantas y las consultas hospitalarias.

– «Tener una política sobre la relación entre las actividades de investigación y de educación y sobre su integración.»

Si bien, en investigación básica, la medicina de familia no tiene un papel relevante, en el caso de la investigación de problemas prevalentes, de la historia natural de las enfermedades, de estudios de base poblacional, de componentes biopsicosociales, etc., en atención primaria contamos con la tecnología, los recursos humanos y las oportunidades más que suficientes para realizarla e integrarla en la formación de los alumnos.

– «Establecer una interacción constructiva con los sectores sanitarios y educativos, con las administraciones públicas y con la sociedad, buscando especialmente la incorporación de la profesión médica a la formación de los futuros profesionales.»

La incorporación de la medicina de familia a la formación de los futuros profesionales ya se está llevando a cabo en la mayoría de las facultades de medicina españolas. Sin embargo, para que esta incorporación sea constructiva, debe hacerse para todos desde el reconocimiento de la medicina de familia como área de conocimiento e igualdad con el resto de las disciplinas en España, y como está establecido en la práctica totalidad de los países de la WFME.

– «Establecer y consolidar procedimientos de revisión y actualización continua de la función de la facultad en su estructura, proceso y resultados para adaptarlos al desarrollo científico, socioeconómico y cultural de la sociedad, a

las necesidades de la comunidad, a los cambios sociales y a las necesidades cambiantes de la propia facultad de medicina.»

Ahora es el momento en que las facultades de medicina españolas han de afrontar su actualización a las necesidades de la comunidad y de la sociedad; este proceso no sería tal sin la participación de la medicina de familia.

Es la primera vez que los responsables académicos, los profesionales y la administración pública se han manifestado a favor de incorporar nuevos aires en las facultades de medicina, en iniciar un proceso de reforma de la educación médica de pregrado con todas las dificultades que esto conlleva, pero con el convencimiento de su utilidad para iniciar o reconducir el proceso de reforma de la docencia en el pregrado. Por responsabilidad profesional y social la medicina de familia puede y debe presentar sus propuestas a los firmantes de la Declaración de Granada, con el convencimiento de que cualquier retraso en el proceso sólo será eso, un «retraso». En el futuro de España y en el presente de la mayoría de los países de nuestro entorno socioeconómico es un hecho la realidad de la medicina de familia en pregrado.

P. Bonal Pitz

UD de Medicina de Familia.
Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

Bibliografía

1. WFME task force on defining international standards in basic medical education. Report of the working party, Copenhagen, 14-16 October 1999. Med Educ 2000;34:665-75.
2. <http://www.cica.es/aliens/umfus/tablon/DeclaraGR.htm>